

Bitte senden Sie die ausgefüllte Beitrittserklärung an:

Gesellschaft der Freunde und Förderer
des Dt. Medizinhistorischen Museums e.V.
Anatomiestr. 18-20
85049 Ingolstadt

Fax: 0841 305 2866
E-Mail: dmm@ingolstadt.de

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre meinen Beitritt zur Gesellschaft der Freunde und Förderer des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt e.V.

Name, Vorname, ggf. Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Den Mitgliedsbeitrag von derzeit 30,00 €

überweise ich auf das Konto Nr. 22244 bei der Sparkasse Ingolstadt, BLZ 721 500 00

lasse ich widerruflich von meinem Konto Nr. _____

bei der _____, BLZ _____ abbuchen.

Ort, Datum

Unterschrift